

Beata Tobiasz-Adamczyk

PROMOCJA ZDROWIA WŚRÓD OSÓB W STARSZYM WIEKU

Wprowadzenie

Wyznaczone w *Health for All* przez Światową Organizację Zdrowia zadania promocji zdrowia wśród osób starszych skupiały się wokół niwelowania różnic w ich stanie zdrowia w różnych krajach, dodawania „życia do lat” poprzez aktywizację osób w wieku starszym oraz dodawania „lat do życia” poprzez obniżanie występującej chorobowości i redukcję niepełnosprawności.

Wyzwania związane z promocją zdrowia wśród osób starszych nabrały szczególnego znaczenia na skutek obserwowanych zmian demograficznych i cywilizacyjnych, potwierdzających w większości krajów rozwiniętych gwałtowny wzrost proporcji osób w starszym wieku, w wyniku obniżenia się poziomu umieralności we wcześniejszych okresach życia, wzrastającej średniej długości życia, polepszania się stanu zdrowia osób starszych i zmian w aktywności społecznej starszych generacji.

Zasygnalizowane zmiany demograficzne i cywilizacyjne narzucają konieczność bliższego przyjrzenia się obserwowanym rozbieżnościom w definiowaniu wieku starszego w ujęciu kalendarzowym, biologicznym i psychospołecznym, stawiając tym samym przed społeczeństwami nowe wyzwania i zmuszając do wielu przewartościowań (Tobiasz-Adamczyk 2002).

Równocześnie coraz częściej zwraca się uwagę na zróżnicowanie wieku starszego: według Światowej Organizacji Zdrowia okres starości obejmuje wiek w przedziale 60–120 lat, a jego poszczególne fazy to starość wczesna (60–74 lata), faza starości pełnej (75–89 lat) oraz starość późna (długowieczność – rozpoczynająca się w wieku 90 lat) (Kocemba 2006). Wyodrębnienie tych poszczególnych etapów wieku starszego, różniących istotnie ludzi starszych między sobą ze względu na odmienną kondycję fizyczną, sprawność funkcjonalną i psychospołeczną, wymaga tym samym dokładnego sprecyzowania tego umownego pojęcia, jakim jest wiek starszy – podeszły lub starość.

Strukturę wieku starszego wyznacza przede wszystkim płeć (kobiety żyją średnio o 6–7 lat dłużej od mężczyzn), co w konsekwencji oznacza feminizację tej fazy życia, przy czym skala tego zjawiska wskazuje na określone konsekwencje społeczne, wynikające z braku równowagi między liczbą kobiet i mężczyzn, tj. na zróżnicowaną w zależności od płci liczbę osób samotnych.

Zakłada się, że promocja zdrowia jest procesem towarzyszącym poszczególnym etapom życia człowieka, zatem promocja zdrowia w wieku starszym powinna z jednej strony być kontynuacją wcześniej podejmowanych działań, z drugiej uwzględniać specyfikę wieku starszego w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym.

Wiek starszy musi być rozpatrywany w relacji do wcześniejszych okresów życia, z perspektywy *life course approach* i dynamicznego modelu zdrowia, wskazującego na powiązania między historią zdrowia, stanem obecnym i potencjałem zdrowotnym wyznaczającym dalszą prognozę zdrowotną (Noack 1991).

Definiując na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku cele promocji zdrowia wśród osób starszych, zwrócono uwagę na jej zróżnicowane zadania wyznaczone stanem zdrowia. Cele ukierunkowane zostały na trzy kategorie osób: starsze osoby o dobrym stanie zdrowia, osoby starsze ze specyficznymi potrzebami oraz osoby starsze przewlekle chore lub niepełnosprawne. Dla każdej z tych kategorii wypracowano odmienne strategie promocji zdrowia, nastawione na utrzymanie sprawności funkcjonalnej, podtrzymanie lub wzmocnienie umiejętności wykonywania czynności w zakresie samoopieki oraz stymulowanie relacji społecznych, tak aby osoby starsze funkcjonowały w sieci, zapewniającej im wsparcie społeczne. W zależności od kondycji zdrowotnej osób starszych dla tych cieszących się dobrym zdrowiem wskazywano na potrzebę prowadzenia programów poprawiających lub podtrzymujących dotychczasową kondycję zdrowotną, szkolenie w umiejętnościach związanych z samoopieką, aranżowania odwiedzin w domach osób starszych, podtrzymywanie kontaktów społecznych. Podobnie w odniesieniu do osób starszych charakteryzujących się specyficznymi potrzebami podkreślano konieczność dostosowania istniejących zasobów do zgłaszanych potrzeb lub podjęcie programów interwencyjnych, np. tworzenia grup samopomocowych wśród osób owdowiałych. W przypadku osób przewlekle chorych lub niepełnosprawnych programy promocji zdrowia powinny zmierzać w kierunku poprawy całodobowej opieki w ich miejscu zamieszkania, polepszania warunków mieszkaniowych i wspierania systemu opieki nad tymi osobami, a także działań na rzecz aktywizacji osób starszych przebywających w instytucjach opiekuńczych (Dean, Holstein 1991).

Działania nastawione na wzmacnianie zdrowia osób starszych mają na celu podniesienie ich ogólnej jakości życia. Pojęcie jakości życia rozwinięte na gruncie gerontologii w latach siedemdziesiątych XX wieku utożsamiane było z pełnym sukcesem wiekiem starszym (starością), pozytywnym starzeniem się, satysfakcją z życia w wieku starszym (Bowling 1995, Bowling 1997). Wypracowana przez Światową Organizację Zdrowia definicja określa jakość życia jako indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje i w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi. Definicja ta jest równoznaczna z kompleksowym sposobem oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, psychicznego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem i osobistych wierzeń oraz przekonań (WHOQOL GROUP 1995). Do fizycznych wyznaczników jakości życia w wieku starszym zalicza się konsekwencje naturalnego procesu starzenia się lub występowania chorób przewlekłych i niepełnosprawności, stan funkcjonalny, stopień ograniczeń w czynnościach dnia codziennego. Kondycja psychiczna decydująca o jakości życia to przede wszystkim ocena zdolności panowania nad własnymi myślami i zachowaniami,

kontrolowanie własnego życia. Aspekt społeczny odwołuje się do satysfakcji z życia rodzinnego i relacji z przyjaciółmi, pełnienia ról społecznych (kontynuacja dawnych lub podjęcie nowych), kontynuowania pracy zawodowej, prowadzenia domu, pozycji osoby starszej w szerszym środowisku, satysfakcji z kontaktów z szerszym środowiskiem. Aspekt finansowy wyznaczający jakość życia osoby starszej dotyczy źródeł jej dochodów oraz struktury jej wydatków i stopnia zaspokajania potrzeb. Nie bez znaczenia dla każdej osoby starszej wiekiem, jak i dla całej tej kategorii wiekowej jest aspekt strukturalny, wskazujący na pozycję społeczną zarówno osoby starszej, jak i osób starszych jako kategorii społecznej; mierzony jest stopniem odczuwanej satysfakcji z tej pozycji, udziałem w życiu publicznym, w tym w decyzjach politycznych dotyczących osób starszych.

Według gerontologów o jakości życia w wieku starszym decydują m.in. kontynuowanie pracy, warunki mieszkaniowe, zakres kontaktów społecznych (rodzaj więzi z otoczeniem, ruchliwość, warunki mieszkaniowe, stopień samodzielności lub uzależnienia od innych osób, uczenie się, rozwijanie się, satysfakcja z życia) (Bowling 1995).

Jakość życia w wieku starszym zależy także od przebiegu adaptacji do dokonujących się w tym okresie zmian, na skutek „strat” ponoszonych przez osobę starszą, które mogą być wynikiem zakończenia aktywności zawodowej (utrata pozycji zawodowej, utrata tożsamości społecznej, utrata relacji społecznych nawiązanych w środowisku pracy), pogorszenia pozycji ekonomicznej, zawężania się grona bliskich osób (naturalne odejścia członków rodziny, kolegów, przyjaciół), pogorszenia kondycji fizycznej i psychicznej, co niejednokrotnie prowadzi do utraty pozycji osoby niezależnej i przyjęcia statusu osoby zależnej (Tobiasz-Adamczyk 2006).

W wyznaczaniu zadań związanych z promocją zdrowia wśród osób starszych wielką rolę odgrywają osiągnięcia wypracowane na gruncie gerontologii, a także w socjologii medycyny, odwołujące się nie tylko do wielowymiarowego ujęcia jakości życia osób starszych, lecz także nawiązujące zarówno do społecznych uwarunkowań, jak i do społecznych konsekwencji procesu starzenia się.

Przyjęcie odmiennych perspektyw dotyczących zdrowia: tj. modelu medycznego lub psychospołecznego wyznacza w konsekwencji odmienne spojrzenie na zadania promocji zdrowia wśród osób starszych, określając nie tylko potrzeby w zakresie promocji zdrowia, ale także wyznaczając zadania instytucji medycznych i opiekuńczych. Medyczny model zdrowia ukierunkowuje zadania promocji zdrowia głównie na zachowania prozdrowotne związane ze stylem życia (np. właściwe odżywianie się i fizyczną aktywność); model psychospołeczny do zadań promocji zdrowia zalicza przede wszystkim działania na rzecz nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych, wchodzenia przez osoby starsze w nowe role społeczne lub kontynuowanie dawniej pełnionych, podnoszenia statusu osób starszych w danym społeczeństwie, przeciwdziałanie formom ageizmu, dyskryminacji osób starszych i ich wykluczeniu społecznemu, przeciwdziałanie przemocy wobec tej kategorii wiekowej, zacieśnianie więzi pomiędzy starszymi i młodszymi generacjami. Działania w zakresie tak rozumianej promocji zdrowia mają na celu walkę z traktowaniem osób starszych jako ofiar postępu cywilizacyjnego i technologicznego (Jefferys 1996).

Działania w zakresie promocji zdrowia mają stanowić wsparcie dla teorii pełnego sukcesu wieku starszego, oznaczające nie tylko przeciwdziałanie negatywnym konsekwencjom procesu starzenia się, lecz także funkcjonowanie społeczne w sieciach relacji

społecznych, w znaczących dla osoby starszej grupach społecznych, realizację zainteresowań, dalsze doskonalenie się i uczenie; tej ostatniej idei służy działalność Uniwersytetów III Wieku.

Wyznaczniki promocji zdrowia wśród polskich seniorów

Obserwowane w innych rozwiniętych krajach trendy demograficzne znajdują pełne potwierdzenie w odniesieniu do populacji polskiej, w której zauważa się systematyczny wzrost odsetka osób starszych i osób w zaawansowanym wieku, tj. powyżej 80. roku życia, a dalsze prognozy demograficzne zakładają, że już w 2010 roku będzie w Polsce 18,8% osób starszych, w 2020 – 24,8%, a w 2050 roku – 35,6% ludzi starszych (Kowalewski, Pietruszek 2006).

Dla działań związanych z promocją zdrowia ważne są dane charakteryzujące sytuację demograficzno-społeczną osób starszych, m.in. fakt, że w Polsce głównym źródłem utrzymania gospodarstwa domowego 91,2% osób starszych (w tym 89,6% mężczyzn i 92,8% kobiet) jest renta lub emerytura, a odsetek gospodarstw jednoosobowych wzrasta wraz z wiekiem [w grupie 60–64 lat wynosi 13,1% w odniesieniu do mężczyzn i 30,9% w odniesieniu do kobiet, podczas gdy w grupie 85–89 lat odnotowuje się 23,5% mężczyzn i 42,5% kobiet mieszkających w gospodarstwach jednoosobowych (Nowak-Sapota 2006)]. Stan cywilny jest istotnym wyznacznikiem różnic, jakie można odnotować wśród starszych kobiet i mężczyzn: w wieku powyżej 60 lat 13,3% mężczyzn i 50,4% kobiet to osoby owdowiałe; w grupie wieku powyżej 89 lat osoby owdowiałe to 38,4% mężczyzn i 82,9% kobiet (Szukalski 2006).

Sytuacja osób starszych rozpatrywana być musi w szerszym kontekście społeczno-kulturowym, które to uwarunkowania definiują społeczny wymiar starości w momencie przejścia w wiek poprodukcyjny, decydując o wycofaniu się lub kontynuacji różnych form aktywności, wyznaczając prawdopodobieństwo integracji międzypokoleniowej lub wykluczenia, dyskryminacji lub marginalizacji osób starszych.

Podobnie jak w wielu krajach również w Polsce ostatnie dekady związane są z różnymi formami „ageizmu” wobec osób starszych. Według badań przeprowadzonych przez Walkowską (2006) tylko 18% osób starszych nie doświadczyło przejawów złego traktowania ze względu na wiek. W opinii osób starszych najczęstsze powody i obszary gorszego ich traktowania dotyczą: okazywania lekceważenia (99%), obojętności (89%), wykorzystywania materialnego (45%), wyśmiewania (38%), zastraszania (15%); osoby starsze są gorzej traktowane w urzędach (65%), w środkach komunikacji publicznej (58%), w służbie zdrowia (55%), na ulicy (47%), w relacjach sąsiedzkich (26%), w rodzinie (21%) (Walkowska 2006).

Również w Polsce działania związane z promocją zdrowia wśród osób starszych powinny mieć przede wszystkim za zadanie przeciwdziałanie różnym przejawom wykluczenia społecznego osób starszych, w tym zanikowi więzi społecznych, wykluczeniu ze względu na aktywność kulturalną, partycypację społeczną, wykluczeniu ze względu na brak dostępu do usług podstawowych (komunikacja publiczna, bariery architektoniczne, profilaktyka zdrowotna, usługi medyczne), a także wykluczeniu ze względu na wymiar finansowy i ubóstwo materialne (Małodzińska, Perek-Białas 2006). Utrzymanie wyso-

kiego poziomu solidarności międzypokoleniowej w rodzinie, wzrost pozycji społecznej osób starszych, wzrost uczestnictwa osób starszych w instytucjach życia politycznego, to – zdaniem tych autorek – zadania sprzyjające podnoszeniu społecznego wymiaru jakości życia osób starszych.

Istotną barierą dla pełnego sukcesów wieku starszego jest w Polsce sytuacja materialna osób starszych. Badania Halika z 2002 roku wskazują, że ponad połowa osób starszych potwierdza pogorszenie sytuacji materialnej po przejściu na emeryturę, a tylko 13,8% mężczyzn i 8,8% kobiet przyznało, że dochody na emeryturze pozwalają im na życie bez szczególnych ograniczeń, 44,4% mężczyzn i 40,9% kobiet uznało, że mogą prowadzić skromne życie, a 29,4% mężczyzn i 36,5% kobiet wystarczało tylko na bardzo skromne życie, natomiast 8,8% mężczyzn i 12,8% kobiet miało dochody niewystarczające im na życie (Halik 2002).

Analizując uwarunkowania społeczno-kulturowe wyznaczające zadania dla programów promocji zdrowia osób starszych w Polsce, należy zwrócić uwagę na dwa bardzo istotne aspekty: pomoc i wsparcie udzielane przez osoby starsze dorosłym dzieciom i wnukom oraz hierarchię wartości preferowanych przez osoby starsze.

Czekanowski (2002) na podstawie badań ogólnopolskich wskazuje, że 46% badanych osób starszych potwierdziło pomoc w opiece nad wnukami, 44% udzielało pomocy materialnej swoim dzieciom, 39% dzieliło mieszkanie ze swoimi dorosłymi dziećmi, około 27% pomagało w kosztach wyżywienia rodziny i w pracach domowych. Badania Halika (2002) pokazały, że różne formy pomocy świadczone przez osoby starsze na rzecz swoich dzieci i wnuków sięgają jeszcze większych rozmiarów: do pomocy finansowej przyznawało się 67% osób starszych (73% mężczyzn i 64% kobiet), do opieki nad członkami rodziny, np. wnukami, około 55% respondentów obu płci, pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego 35% badanych (26% mężczyzn i 42% kobiet).

Osoby starsze w Polsce najwyższą wartość przypisują zdrowiu (93,6%), miłości, szczęściu rodzinnemu, dobrym stosunkom rodzinnym (81,1%), godnemu życiu zgodnie z przekonaniami światopoglądowymi (66,7%), natomiast stosunkowo niskie preferencje osiągają takie wartości, jak zwiedzanie świata, poznawanie nowych miejsc i ludzi (16,7%), realizacja własnych zainteresowań, uprawianie hobby (16,4%), podnoszenie własnych kwalifikacji (13,6%), wyposażenie siebie i domu w luksusowe przedmioty (9,2%) (Frąckiewicz 2006).

Działania na rzecz promocji zdrowia osób w starszym wieku wydają walkę stereotypowemu obrazowi człowieka starszego, który według Miszczak (2006) utożsamia go z: (a) osobą schorowaną i niedołązną; (b) osobą niesamodzielną, wymagającą opieki innych; (c) osobą żyjącą na skraju ubóstwa; (d) osobą samotną i osamotnioną. Badania Miszczak (2006) nad społeczną percepcją starości dowodzą, że w świadomości społecznej „starość jest czymś złym, odpychającym, niepotrzebnym, zagrażającym młodszemu, od czego należy się odseparować, przed czym należy się chronić”.

Ocena dotychczasowych działań na rzecz promocji zdrowia wśród osób starszych

Działania w zakresie promocji zdrowia wśród osób starszych są przedmiotem szczególnego zainteresowania międzynarodowego programu *Health pro Elderly*¹, w którym jednym z partnerów uczestniczących jest Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM. Celem tego międzynarodowego programu jest wypracowanie „opartego na dowodach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych z uwzględnieniem determinantów społecznych, nierówności społecznych i kierunków działania”. Program *Health pro Elderly* składa się z sześciu następujących faz:

I. Gromadzenie danych o istniejących programach, a także wynikach badań nad determinantami zdrowia w starszym wieku (analiza zawartości),

II. Określenie kryteriów dla selekcji modeli promocji zdrowia zapewniających sukces.

III. Identyfikacja modeli promocji zdrowia, zapewniających adaptację do wspólnych standardów społeczno-kulturowych.

IV. Wypracowanie strategii rozpowszechnienia informacji o najlepszych programach promocji zdrowia wśród osób starszych i ich praktycznym zastosowaniu.

V. Stworzenie sieci łączącej kompetentnych partnerów: Instytuty Zdrowia Publicznego, instytucje geriatryczne, Agencje WHO, UE.

VI. Opracowanie przewodnika „Guidelines” – zawierającego rekomendacje dla rządów, władz lokalnych, instytucji wdrażających programy promocji wśród osób starszych, przedstawicieli zawodów medycznych, uniwersytetów, innych jednostek naukowo-badawczych.

Zrealizowanie fazy I w warunkach polskich oznaczało przeprowadzenie analizy zawartości (*content analysis*), którą objęto 676 artykułów i informacji o realizowanych programach. Wyniki tej analizy pokazały, że najczęściej podejmowanymi tematami publikacji i materiałów zastanych były jakość życia osób starszych (58%), partycypacja społeczna i samodecydowanie (51,9%), ogólny styl życia (44,6%), determinanty zdrowia (44,5%), rzadziej np. wsparcie społeczne (15,0%) lub uczenie się w starszym wieku (8,2%).

Na podstawie dostępnych danych z programów dotyczących promocji zdrowia wśród osób starszych należy wymienić: „Krótki program usprawniania seniorów w celu minimalizacji zaburzeń równowagi”, „Program zapobiegania upadkom wśród osób starszych”, „Upadkom stop”, „Łączymy pokolenia”, „My też – seniorzy w UE”, „Więcej wiosny jesienią”, „Stowarzyszenie Samopomocowe RS Dzielnicy Antoniuk w Białymstoku”, „50 na plus”.

Bliższe przyjrzenie się podejmowanym inicjatywom pokazało, że na szczególną uwagę zasługuje charakterystyka takich programów, jak: „Zróbmy to razem”, którego celem było napisanie podręcznika obsługi komputera przez seniorów, oraz „50 na plus”, wspierający aktywność zawodową osób powyżej 50. roku życia, głównie poprzez orga-

¹ 1st Public Health Programme of the European Commission as well as by the Funds for a Healthy Austria. It is being carried out by 17 partner organisations from 11 European countries (www.healthproelderly.com).

nizację kursów komputerowych i językowych dla osób po 50. roku życia. Program „Starszy pan, starsza pani” – ma na celu przeciwdziałanie przemocy wobec osób starszych oraz wspieranie ofiar przemocy; podobnie program „Stop dyskryminacji” ma na celu identyfikację mechanizmów odpowiedzialnych za dyskryminację osób starszych w takich dziedzinach, jak rynek pracy, opieka medyczna, opieka społeczna, partycypacja społeczna. „Program rekreacji ruchowej osób starszych” popularyzuje rekreację i aktywność fizyczną stosownie do wieku; „Atlas złotego wieku” polega na utworzeniu internetowej bazy inicjatyw na rzecz seniorów. Celem programu „My też – seniorzy w UE” jest zapobieganie wykluczeniu seniorów i wspieranie organizacji seniorskich, a programu „Seniorze! Aktywizuj się” – program profilaktyki skierowanej do osób starszych mający na celu zwiększenie zainteresowania aktywnością fizyczną i regularne uprawianie sportu przez osoby starsze oraz uwrażliwienie pracowników opieki zdrowotnej na potrzeby tych osób i przygotowanie do współpracy z nimi.

Wynikiem programu naukowego realizowanego w latach 1993–1995 przez Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej AM w Białymstoku jest funkcjonujący nadal program dotyczący „Metod stymulacji działalności samopomocowej ludzi starszych w dzielnicy Antoniuk w Białymstoku”, którego główne zadania związane z promocją zdrowia mają na celu wspieranie osób starszych, ich aktywizację, aktywizację środowisk lokalnych oraz funkcjonowanie grup samopomocy.

Przeprowadzona analiza SWOT dotychczasowych programów promocji zdrowia wśród osób starszych w Polsce pokazała, że do mocnych stron tych programów należą:

- 1) dostrzeżenie przez decydentów osób starszych jako potencjalnych beneficjentów projektowanych działań;
- 2) uwzględnienie osób starszych w programach zdrowia i polityki społecznej;
- 3) uwzględnienie w promocji zdrowia nie tylko medycznego, lecz również psychospołecznego aspektu zdrowia;
- 4) zaangażowanie w działania na rzecz osób starszych sektora pozarządowego (co odciąża sektor rządowy);
- 5) zwiększenie liczby działań na szczeblu lokalnych, uwzględniających specyfikę małych społeczności;
- 6) coraz lepsze rozpowszechnianie informacji na temat programów w Internecie (wyszukiwarki programów seniorskich itp.).

Do słabych stron tych programów zaliczyć należy:

- 1) małe rozpowszechnianie informacji na temat działań w źródłach (mediach), z których osoby starsze korzystają najczęściej;
- 2) brak pomysłu na dotarcie z działalnością aktywizującą do ludzi wyizolowanych społecznie; docieranie na ogół do osób już aktywnych;
- 3) adresowanie programów promocji zdrowia do szerokich grup odbiorców przy nieuwzględnianiu potrzeb odbiorcy specyficznego (np. ewentualne problemy z dojazdem do miejsc, gdzie realizowany jest program, jakie mogą mieć osoby niepełnosprawne);
- 4) brak ewaluacji, a więc brak uczenia się na własnych błędach;
- 5) traktowanie osób starszych jako względnie homogenicznej grupy, bez uwzględniania zróżnicowania wieku, wykształcenia, statusu materialnego i funkcjonalnego;
- 6) kierowanie promocji zdrowia do osób sprawnych/w miarę sprawnych;

7) kierowanie promocji zdrowia raczej do osób o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, lepiej wyedukowanych.

Podsumowując, można stwierdzić, że w Polsce promocja zdrowia wśród osób starszych jest w fazie rozwoju, a problemy dotyczące zdrowia w starszym wieku, podobnie jak problemy związane ze starością w ogóle, są zagadnieniami, które zostały dostrzeżone niedawno.

Bibliografia

- Bowlig A. (1997), *Measuring Health. A Review of quality of life measurement scales*, Open University Press.
- Bowling A. (1995), *Measuring disease. A Review of quality of life measuring scales*, Open University Press.
- Czekanowski P. (2002), *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: B. Synaka (red.), *Polska starość*, 140–172, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dean K., Holstein B.E. (1991), *Health Promotion among Elderly*, w: *Health Promotion Research. Towards a new social epidemiology*, 341–363, WHO Regional Publications.
- Frąckiewicz L. (2004), *Ludzie starzy a problem samotności*, w: J. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo – nadzieje i zagrożenia*, 259–266. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Halik J. (2002), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Jefferys M. (1996), *Cultural aspects of ageing: tender and intergenerational issues*. „Soc. Sci. Med.”, 43, 5, 681.
- Kocemba J. (2006), *Chorowanie w okresie starości*, w: T. Grodziski, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, 62–67. Gdańsk: Via Media.
- Kowaleski J., Pietruszek M. (2006), *Miejsce osób starszych w strukturze demograficznej mieszkańców Polski (stan obecny i perspektywy)*, w: J. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, 11–42. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Małodzińska A., Perek-Białas J. (2006), *System wskaźników w ocenie polityki społecznej wobec ludzi starych – możliwości i ograniczenia*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, 141–149. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Miszcza E. (2006), *Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, 305–311. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Noack H. (1991), *Conceptualizing and measuring health*, w: *Health Promotion Research. Towards a new social epidemiology*, 85–112. WHO Regional Publications. 37.
- Nowak-Sapota W. (2006), *Przestrzenne zróżnicowanie struktur gospodarstw domowych osób w starszym wieku*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, 420–428. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Nowak-Sapota W. (2006), *Osoby starsze w strukturze gospodarstw domowych*, w: J. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, 43–77. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szukalski P. (2006), *Wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, 50–58. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Tobiasz-Adamczyk B. (2006), *Spoleczne aspekty starzenia się i starości*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, 37–41. Gdańsk: Via Media.
- Tobiasz-Adamczyk B., Knurowski T., Brzyski P. (2002), *Czy ktoś jeszcze pamięta o starości*, w: W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, 77–91. Lublin: Wyd. UMCS.
- Walkowska W. (2006), *Obszary społecznej dyskryminacji pokolenia 50+ – na przykładzie badań*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, 181–185. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- WHOQOL (1995), *The World Health Organization Quality of Life Assessment*, „Soc. Sci. Med.” 41, 10, 1403–1409.